



Cour d'appel de Rennes, 9e chambre securite sociale, 6 novembre 2024, n° 23/00329

TGI Brest
8 décembre 2022

CA Rennes
Infirmation partielle
6 novembre 2024

Sur la décision

Référence : CA Rennes, 9e ch. securite soc., 6 nov. 2024, n° 23/00329

Juridiction : Cour d'appel de Rennes

Numéro(s) : 23/00329

Importance : Inédit

Décision précédente : Tribunal judiciaire de Brest, 7 décembre 2022, N° 22/00147

Dispositif : Autre

Date de dernière mise à jour : 11 novembre 2024

Lire la décision sur le site de la juridiction

Sur les parties

Avocat(s) :

 Roger POTIN

Parties :

CPAM FINIST<unk>RE, LA CAISSE PRIMAIRE D' ASSURANCE MALADIE DU FINIST<unk>RE

Texte intégral

9ème Ch Sécurité Sociale

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

ARRÊT N°

COUR D'APPEL DE RENNES

N° RG 23/00329 – N° Portalis DBVL-V-B7H-TNX4

ARRÊT DU 06 NOVEMBRE 2024

[J] [R]

COMPOSITION DE LA COUR LORS DU DÉLIBÉRÉ :

C/

Président : Madame Cécile MORILLON-DEMAY,
Présidente de chambre

CPAM FINISTÈRE

Assesseur : Madame Véronique PUJES, Conseillère

Copie exécutoire délivrée

Assesseur : Madame Anne-Emmanuelle PRUAL,
Conseillère

le :

à :

GREFFIER :

Copie certifiée conforme délivrée

Monsieur Philippe LE BOUDEC lors des débats et lors du
prononcé

le:

à:

DÉBATS :

A l'audience publique du 11 Septembre 2024

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

devant Madame Véronique PUJES, magistrat chargé d'instruire l'affaire, tenant seule l'audience, sans opposition des représentants des parties et qui a rendu compte au délibéré collégial

ARRÊT :

Contradictoire, prononcé publiquement le 06 Novembre 2024 par mise à disposition au greffe comme indiqué à l'issue des débats

DÉCISION DÉFÉRÉE A LA COUR:

Date de la décision attaquée : 08 Décembre 2022

Décision attaquée : Jugement

Juridiction : Tribunal Judiciaire de BREST – Pôle Social

Références : 22/00147

APPELANT :

Monsieur [J] [R]

[Adresse 2]

[Localité 1]

(bénéficie d'une aide juridictionnelle Totale numéro 35238/002/2023/000259 du 03/02/2023 accordée par le bureau d'aide juridictionnelle de RENNES)

représenté par M^e Roger POTIN, avocat au barreau de Brest, dispensé de comparution

INTIMÉE :

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU FINISTÈRE

[Adresse 4]

[Localité 1]

représentée par Madame [U] [V] en vertu d'un pouvoir spécial

EXPOSÉ DU LITIGE

Le 2 janvier 2020, la société [3] (la société) a déclaré un accident du travail, concernant M. [J] [R], né le 5 janvier 1982 et salarié en tant qu'agent de sécurité, en raison de douleurs dorsales.

Le certificat médical initial, établi le 27 décembre 2019 par le docteur [W], fait état d'un 'lumbago aigu hyperalgique après faux mouvement' avec prescription d'un arrêt de travail jusqu'au 1er janvier 2020.

Par décision du 20 janvier 2020, la caisse primaire d'assurance maladie du Finistère (la caisse) a pris en charge l'accident au titre de la législation professionnelle.

La date de consolidation a été fixée au 31 octobre 2021.

Par courrier du 16 novembre 2021, la caisse a notifié à M. [R] un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) fixé à 5 % en raison des séquelles suivantes : 'lombalgies résiduelles responsables d'une gêne fonctionnelle modérée'.

Par courrier du 11 janvier 2022, M. [R] a contesté ce taux devant la commission médicale de recours amiable puis, en l'absence de décision dans les délais impartis, a porté le litige devant le pôle social du tribunal judiciaire de Brest le 11 mai 2022 (recours n° RG 22/00147).

En parallèle, M. [R] a transmis un certificat médical de rechute le 18 février 2022, que la caisse a pris en charge au titre de la législation relative aux risques professionnels avec une consolidation fixée au 30 avril 2022.

Lors de sa séance du 3 mai 2022, la commission a rejeté le recours de M. [R], lequel a contesté cette décision devant le pôle social du tribunal judiciaire de Brest le 6 juillet 2022 (recours n° RG 22/00213).

Par ordonnance du 7 juin 2022, le juge de la mise en état a ordonné une consultation médicale confiée au docteur [S], lequel, dans son rapport d'expertise remis le 24 août 2022 au tribunal, a considéré que le taux d'IPP de M. [R] devait être fixé à 8 %.

Par jugement du 8 décembre 2022, le tribunal a :

— ordonné la jonction des procédures enregistrées au RG sous les n°22/00147 et 22/00213;

— infirmé la décision de la commission médicale de recours amiable de la caisse fixant le taux d'IPP de M. [R] à 5 % au 31 octobre 2021;

— fixé le taux d'IPP de M. [R] des suites de son accident du travail du 27 décembre 2019 à 8 % au 31 octobre 2021;

— ordonné à la caisse de liquider les droits de M. [R] en tenant compte dudit taux ;

— condamné la caisse aux dépens de l'instance, les frais de consultation médicale restant à la charge de la caisse nationale d'assurance maladie;

— débouté M. [R] de ses demandes plus amples et contraires;

— ordonné l'exécution provisoire du jugement.

Par déclarations adressées le 16 janvier 2023 par courrier recommandé avec avis de réception (enregistrée sous le n° RG 23/00774) et par communication électronique

(enregistrée sous le n° RG 23/00329), M. [R] a interjeté appel de ce jugement qui lui avait été notifié le 23 décembre 2022.

Par ordonnance du 14 mars 2023, le magistrat chargé d'instruire l'affaire a joint ces procédures sous le n° RG 23/00329.

Par ses écritures parvenues au greffe par le RPVA le 26 juin 2023, son conseil ayant sollicité une dispense de comparution à l'audience, M. [R] demande à la cour :

— de déclarer son action recevable et bien fondée ;

A titre principal,

— d'infirmier le jugement entrepris ;

En conséquence,

— d'infirmier les décisions de la caisse des 16 novembre 2021 et 12 mai 2022 ;

— de fixer son taux d'IPP résultant des séquelles de l'accident du travail du 27 décembre 2019 à 25 %, soit 15 % pour le taux médical et 10 % pour le taux professionnel ;

— d'ordonner à la caisse de liquider ses droits en tenant compte du taux de 25 % ;

A titre subsidiaire,

— de confirmer le jugement entrepris en ce qu'il a fixé le taux d'IPP à hauteur de 8 % ;

En tout état de cause,

— de renvoyer devant la caisse pour la liquidation de ses droits ;

— de condamner la caisse aux entiers dépens y compris les frais d'expertise.

Par ses écritures parvenues au greffe le 27 octobre 2023 auxquelles s'est référée et qu'a développées sa représentante à l'audience, la caisse demande à la cour de :

— confirmer le jugement entrepris ;

— fixer à 8 % le taux d'IPP attribué à M. [R] à compter du 31 octobre 2021, des suites de son accident du travail du 27 décembre 2019 ;

— dire et juger qu'il ne saurait lui être attribué de coefficient professionnel ;

— déclarer, en conséquence, M. [R] mal fondé dans ses prétentions et le débouter de son appel.

Pour un plus ample exposé des moyens et prétentions des parties, la cour, conformément à l'article 455 du code de procédure civile, renvoie aux conclusions susvisées.

MOTIFS DE LA DÉCISION

L'article L. 434-2, 1er alinéa du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction applicable au litige dispose que le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes générales et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

Selon l'article R. 434-32 du même code, au vu de tous les renseignements recueillis, la caisse primaire se prononce sur l'existence d'une incapacité permanente et, le cas échéant, sur le taux de celle-ci et sur le montant de la rente due à la victime ou à ses ayants droit. Les barèmes indicatifs d'invalidité dont il est tenu compte pour la détermination du taux d'incapacité permanente d'une part en matière d'accidents du travail et d'autre part en matière de maladies professionnelles sont annexés au présent livre. Lorsque ce dernier barème ne comporte pas de référence à la lésion considérée, il est fait application du barème indicatif d'invalidité en matière d'accidents du travail.

L'annexe 1 applicable aux accidents du travail est issue du décret n°2006-111 du 2 février 2006. L'annexe II applicable aux maladies professionnelles est en vigueur depuis le 30 avril 1999.

En son chapitre préliminaire, au titre des principes généraux, il est rappelé à l'annexe I que ce barème répond à la volonté du législateur et qu'il ne peut avoir qu'un caractère indicatif. Les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens, et le médecin chargé de l'évaluation garde, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, l'entière liberté de s'écarter des chiffres du barème; il doit alors exposer clairement les raisons qui l'y ont conduit.

Le barème indicatif a pour but de fournir les bases d'estimation du préjudice consécutif aux séquelles des accidents du travail et, éventuellement, des maladies professionnelles dans le cadre de l'article L. 434-2 applicable aux salariés du régime général et du régime agricole. Il ne saurait se référer en aucune manière aux règles d'évaluation suivies par les tribunaux dans l'appréciation des dommages au titre du droit commun.

Les éléments dont le médecin doit tenir compte, avant de proposer le taux médical d'incapacité permanente, sont :

1° La nature de l'infirmité. Cet élément doit être considéré comme la donnée de base d'où l'on partira, en y apportant les correctifs, en plus ou en moins, résultant des autres éléments. Cette première donnée représente l'atteinte physique ou mentale de la victime, la diminution de validité qui résulte de la perte ou de l'altération des organes ou des fonctions du corps humain. Le présent barème doit servir à cette évaluation.

2° L'état général. Il s'agit là d'une notion classique qui fait entrer en jeu un certain nombre de facteurs permettant d'estimer l'état de santé du sujet. Il appartient au médecin chargé de l'évaluation d'adapter en fonction de l'état général, le taux résultant de la nature de l'infirmité. Dans ce cas, il en exprimera clairement les raisons.

L'estimation de l'état général n'inclut pas les infirmités antérieures – qu'elles résultent d'accident ou de maladie ; il en sera tenu compte lors de la fixation du taux médical.

3° L'âge. Cet élément, qui souvent peut rejoindre le précédent, doit être pris en considération sans se référer exclusivement à l'indication tirée de l'état civil, mais en fonction de l'âge organique de l'intéressé. Il convient ici de distinguer les conséquences de l'involution physiologique, de celles résultant d'un état pathologique individualisé. Ces dernières conséquences relèvent de l'état antérieur et doivent être estimées dans le cadre de celui-ci.

On peut ainsi être amené à majorer le taux théorique affecté à l'infirmité, en raison des obstacles que les conséquences de l'âge apportent à la réadaptation et au reclassement professionnel.

4° Facultés physiques et mentales. Il devra être tenu compte des possibilités de l'individu et de l'incidence que peuvent avoir sur elles les séquelles constatées. Les chiffres proposés l'étant pour un sujet normal, il y a lieu de majorer le taux moyen du barème, si l'état physique ou mental de l'intéressé paraît devoir être affecté plus fortement par les séquelles que celui d'un individu normal.

5° Aptitudes et qualification professionnelles. La notion de qualification professionnelle se rapporte aux possibilités d'exercice d'une profession déterminée. Quant aux aptitudes, il s'agit là des facultés que peut avoir une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle de se reclasser ou de réapprendre un métier compatible avec son état de santé.

Lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle paraît avoir des répercussions particulières sur la pratique du métier, et, à plus forte raison, lorsque l'assuré ne paraît pas en mesure de reprendre son activité professionnelle antérieure, le médecin conseil peut demander, en accord avec l'intéressé, des renseignements complémentaires au médecin du travail. La possibilité pour l'assuré de continuer à occuper son poste de travail – au besoin en se réadaptant – ou au contraire, l'obligation d'un changement d'emploi ou de profession et les facultés que peut avoir la victime de se reclasser ou de réapprendre un métier, devront être précisées en particulier du fait de dispositions de la réglementation, comme celles concernant l'aptitude médicale aux divers permis de conduire.

Toujours en son chapitre préliminaire, au titre du mode de calcul du taux médical, il est rappelé que les séquelles d'un accident du travail ne sont pas toujours en rapport avec l'importance de la lésion initiale : des lésions, minimales au départ, peuvent laisser des séquelles considérables, et, à l'inverse, des lésions graves peuvent ne laisser que des séquelles minimales ou même aboutir à la guérison.

Le paragraphe 3.2 RACHIS DORSO-LOMBAIRE de l'annexe 1 prévoit :

'Si le rachis dorsal est un segment pratiquement rigide et participant peu aux mouvements, la pathologie traumatique du rachis lombaire est fréquente. Aussi, est-il indispensable de tenir compte des données rhumatologiques les plus récentes de la pathologie discale et non discale lombaire.

Pour éviter les interprétations erronées basées sur une fausse conception de l'image radiologique, il faut définir avec soin les données objectives de l'examen clinique et, notamment, différencier les constatations faites selon qu'elles l'ont été au repos ou après un effort.

L'état antérieur (arthroses lombaires ou toute autre anomalie radiologique que l'accident révèle et qui n'ont jamais été traitées antérieurement), ne doit en aucune façon être retenu dans la genèse des troubles découlant de l'accident.

Normalement, la flexion à laquelle participent les vertèbres dorsales et surtout lombaires est d'environ 60°. L'hyperextension est d'environ 30°, et les inclinaisons latérales de 70°. Les rotations atteignent 30° de chaque côté.

C'est l'observation de la flexion qui donne les meilleurs renseignements sur la raideur lombaire. La mesure de la distance doigts-sol ne donne qu'une appréciation relative, les coxo-fémorales intervenant dans les mouvements vers le bas. L'appréciation de la raideur peut se faire par d'autres moyens, le test de Schober-Lasserre peut être utile. Deux points distants de 15 cm (le point inférieur correspondant à l'épineuse de L 5), s'écartent jusqu'à 20 dans la flexion antérieure. Toute réduction de cette différence au-dessous de 5 cm atteste une raideur lombaire réelle.

Persistance de douleurs notamment et gêne fonctionnelle (qu'il y ait ou non séquelles de fracture) :

— Discrètes 5 à 15

— Importantes 15 à 25

— Très importantes séquelles fonctionnelles et anatomiques 25 à 40

A ces taux s'ajouteront éventuellement les taux estimés pour les séquelles nerveuses coexistantes.

Anomalies congénitales ou acquises : lombosciatiques.

Notamment : hernie discale, spondylolisthésis, etc. opérées ou non. L'I.P.P. sera calculée selon les perturbations fonctionnelles constatées'.

Au cas présent, dans son rapport d'évaluation du taux d'IPP du 22 septembre 2021, le médecin conseil de la caisse a relevé que l'accident du travail du 27 décembre 2019 avait entraîné des séquelles à type de lombalgies résiduelles et raideur lombaire.

Il a exclu la hernie discale L5-S1 paramédiane et latérale droite mise en évidence sur un scanner du 25 mai 2020, en indiquant qu'elle n'avait pas été reconnue comme étant en lien avec l'accident du travail au terme d'une expertise du docteur [B], point non remis en cause par l'assuré dans le cadre du présent litige.

Le médecin conseil a relevé notamment :

- une douleur lombaire droite avec irradiation dans le membre inférieur gauche à type de fourmillement ;
- l'absence de troubles sphinctériens et d'anesthésie à la selle à l'interrogatoire ;
- l'absence de déficit moteur ;
- l'absence de problèmes pour la marche sur les pointes et les talons ;
- l'absence de déficit sensitif ;
- pas de problèmes pour les réflexes ostéotendineux rotuliens et achilléens ;
- un test de rachis Schober de 10 + 3 ;
- une distance main sol de 50 cm ;
- une manoeuvre de Lasègue négative ;
- l'absence totale d'amyotrophie du membre inférieur gauche et le maintien d'une excellente musculature globale sur tout le corps.

C'est en l'état de ces constatations mais également de la nette discordance relevée entre les données objectives et les doléances de l'assuré lors de l'examen clinique que le médecin conseil a retenu un taux d'incapacité de 5%.

Le docteur [S], quant à lui, a retenu un taux supérieur, fixé à 8%, en indiquant notamment que :

- les résultats de l'examen sont comparables à ceux du rapport du médecin conseil, mais s'y ajoute la prise en compte de la symptomatologie neuropathique donnant lieu à un traitement antalgique majeur à base de morphine et de neurotropes ;
- l'assuré présente une douleur rachidienne lombaire sans irradiation provoquée, responsable d'une raideur avec une distance main-sol à 40 cm et la manoeuvre de

Lasègue est mesurée à 45° à droite et à gauche sans douleur significative ;

— l'assuré présente des douleurs neuropathiques dans le membre inférieur gauche sur une topographie S1 sans déficit moteur ni sensitif proprioceptif ou superficiel et sans syndrome pyramidal ;

— il n'y a pas d'amyotrophie et la marche est possible sans boiterie, même si elle reste difficile en raison des douleurs alléguées et des pieds plats.

Ainsi que les premiers juges l'ont observé, le docteur [S] disposait des documents médicaux dont M. [R] se prévaut toujours en cause d'appel.

L'appelant verse quelques certificats médicaux établis postérieurement au jugement entrepris à compter de fin décembre 2022 (ses pièces n°27). Il s'agit de prescriptions médicales en lien avec le traitement d'angoisses exprimées par l'assuré et de justificatifs d'un suivi psychologique et psychiatrique.

La cour observe néanmoins que rien ne permet de faire le lien entre les angoisses exprimées par M. [R] et l'accident du travail dont il a été victime en 2019.

Le taux médical de 8% retenu par le docteur [S] au terme de son rapport clair et motivé, qui s'inscrit pleinement dans les prévisions du barème indicatif et qui à ce titre a été entériné par les premiers juges, sera en conséquence confirmé.

En revanche, les premiers juges n'ont pas retenu de taux professionnel, en considérant que les conditions exactes du licenciement de M. [R] n'étaient pas déterminées et que l'intéressé lui-même précisait que ce licenciement avait été prononcé pour une cause étrangère à son état de santé.

En cause d'appel, M. [R] indique avoir fait l'objet d'un licenciement disciplinaire, qu'il a contesté, et qu'une conciliation a abouti avec l'employeur.

Il a été reconnu travailleur handicapé pour la période du 1er décembre 2020 au 30 novembre 2025 (sa pièce n° 18).

Il verse également l'avis du médecin du travail du 12 octobre 2020 établi dans le cadre de la visite de pré-reprise concluant à une reprise du travail inenvisageable et à la poursuite des soins (sa pièce n°20).

Quand bien même M. [R] a fait l'objet d'un licenciement disciplinaire et non d'un licenciement pour inaptitude physique avec impossibilité de reclassement, il demeure que l'avis du médecin du travail lors de la dernière visite du 12 octobre 2020 excluait clairement toute reprise du travail, et la conciliation intervenue entre le salarié et l'employeur ne permet pas de retenir que le licenciement pour faute était justifié.

Par ailleurs la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé consécutivement à l'accident du travail et à sa demande présentée en décembre 2020 soit peu de temps après l'examen du médecin du travail excluant toute reprise à cette date, confirme l'existence d'une incidence professionnelle des séquelles.

En considération de cette situation, il y a lieu de retenir un taux professionnel de 4%.

C'est par conséquent un taux d'IPP global de 12% qui sera fixé.

Sur les dépens

Les dépens de la présente procédure d'appel seront laissés à la charge de la caisse et recouvrés comme en matière d'aide juridictionnelle.

PAR CES MOTIFS :

La COUR, statuant publiquement par arrêt contradictoire mis à disposition au greffe,

Infirmes le jugement entrepris sauf en ce qui concerne la jonction et les dépens ;

Statuant à nouveau sur les chefs infirmés,

Fixe à 12 % le taux d'incapacité permanente partielle de M. [R], dont 4% au titre du taux professionnel ;

Renvoie M. [R] devant la caisse primaire d'assurance maladie du Finistère pour la liquidation de ses droits ;

Condamne la caisse primaire d'assurance maladie du Finistère aux dépens, qui seront recouvrés comme en matière d'aide juridictionnelle.

LE GREFFIER LE PRÉSIDENT